# DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato in: via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_ comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia \_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* **Di essere:**

**SOGGETTO ESTREMAMENTE VULNERABILE**

**SOGGETTO CON DISABILITÀ GRAVE**

**SOGGETTO DI ETA’ COMPRESA TRA 50 E 79 ANNI**

* **Di avere titolo ad accedere alla campagna vaccinale, per le seguenti motivazioni:**

**ESSERE DOMICILIATO SUL TERRITORIO DI ATS INSUBRIA**

**NON ESSERE IN POSSESSO DELLA COPERTURA SANITARIA REGIONALE (SSR)**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.lgs 196/03, e che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data, IL/LA DICHIARANTE

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato ed inviata insieme a fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante a mezzo mail